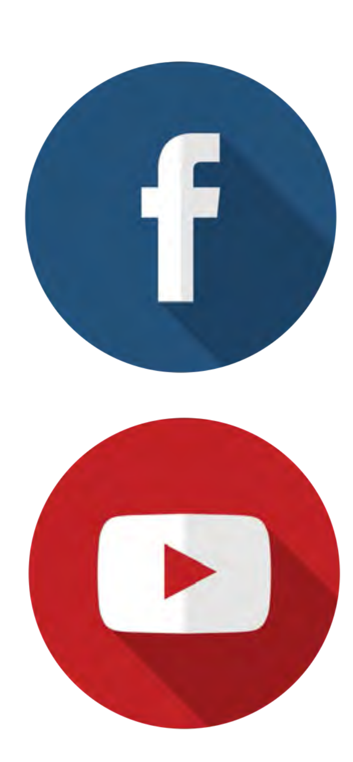
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Digestive

Dr BOUZID

SIGNES FONCTIONNELS

- I.TROUBLES DE L'APPETIT: ANOREXIE +POLYPHAGIE.

  II.DYSPHAGIE .

  III .VOMISSEMT.

  IV.TROUBLES DU TRANSIT:DIARHEE +CONSTIPATION

  V. HEMORRAGIES DIGESTIVES .

  VI.DOULEURS ABDOMINALES.

V. Les hémorragies digestives

Définition :le rejet par la bouche ou par l'anus de sang provenant du tube digestif.

L'HÉMATÉMÈSE,

LE MÉLÉNA

LA RECTORRAGIE.

symptôme de grande valeur:

recherche l'étiologie

symptômes d'une extrême gravité (la vie du malade en danger).

1. *Mécanismes* :
2. *EFFRACTION D'UN VAISSEAU : artère ou* veine.

Saignement artériel : ulcère gastrique ou duodénal.

Saignement veineux : par rupture de varices oesophagiennes dans l'hypertension portale.

SAIGNEMENT EN NAPPE de la gastrite hémorragique *: muqueuse gastrique « pleurant » du sang* .

2. Conséquences :

L'ANÉMIE ET L'HYPOVOLÉMIE.

- *L'anémie : la perte de globules rouges :*

une anémie aiguë ou chronique

une anémie chronique :

une hémorragie de petite abondance, répétée:

bien toléré de type ferriprive en rapport avec l'épuisement des réserves en fer .

une anémie aiguë:

une hémorragie de grande abondance

mal tolérée.

- *L'hypovolémie : dans les hémorragies de grande abondance,*

responsable du collapsus cardio-vasculaire

3. Le diagnostic posetif :

_hémorragie extériorisée : facile

_ hémorragie non extériorisée:

un tableau d'anémie chronique ou aiguë :

rechercher un saignement non exteriorise

1. *HÉMORRAGIE DIGESTIVE EXTÉRIORISÉE : le sang est rejeté*

par voie haute :

HÉMATÉMÈSE

par voie basse :

MÉLÉNA

RECTORRAGIE

A) HÉMATÉMÈSE

Définition *: l'hematemese est le rejet par la bouche lors d'un efforts de vomissement* d'une quantité variable de sang rouge ou noirâtre, non spumeux, mêlé de caillots et de débris alimentaires.

Expression d'une lésion digestive haute : oesophage, estomac, duodénum.

Diagnostic différentiel :

- L'hémoptysie : hémorragie de sang rouge rutilant, aéré, spumeux rejeté au cours d'effort de toux suivie de la queue de l'hémoptysie.
- L'hémosialémèses : rejet par la bouche de sang mêlé de salive provenant des gencives ou du pharynx, fréquente chez les névropathes.
- L'épistaxis : surtout postérieure déglutie et vomie .

B) MÉLÉNA

Définition : *le méléna est l'émission par l'anus de selles noires, plus ou moins liquides*, faites de sang digéré:

associe a une hématémèse : siege sus-mésocolique

isolé:

_origine haute : oesophage, estomac, duodénum,

_ origine basse : sous_mésocolique: intestin grêle, côlon.

Le méléna franc : *émission par l'anus d'un liquide épais, noirâtre, poisseux, ressemblant* au goudron, d'odeur fade, nauséabonde

La selle mélanique : *correspond à l'émission de selles de couleur noire.*

Diagnostic différentiel :

LES MÉDICAMENTS : FER, BISMUTH, CHARBON

LES ALIMENTS : BETTERAVES.

C) RECTORRAGIE

Définition : la rectorragie est l'émission par l'anus de sang rouge non digéré,

pur,ou mélangé avec la selle,

ou arrosant la selle.

La rectorragie :expression d'une lésion basse : du colon, du rectum, de l'anus;

exceptionnellement, au cours des hémorragies hautes massives.

Diagnostic différentiel :

LA SELLE DYSENTÉRIQUE:afecale,glaire,pus,sang

DES HÉMORRAGIES GÉNITALE OU URINAIRE,

2. *HÉMORRAGIE DIGESTIVE NON EXTÉRIORISÉE*

a) UNE HÉMORRAGIE MINIME ET CHRONIQUE

*T*bl d'anémie chronique de type ferriprive :

les selles de coloration normale : *la recherche de sang dans les selles* (après 3 jours de régime sans viande)par les bandelettes réactives : HÉMOCULT

b) UNE HÉMORRAGIE MASSIVE:

Tbl d'une anémie aiguë ,

un état de choc,

le diagnostic posé: le tubage gastrique (sonde naso gastrique)

ou le toucher rectal

ou le lavement évacuateur.

L'appréciation de l'importance de la spoliation sanguine(retentissement): temps essentiel :

.

- *L'hémorragie digestive de grande, de moyenne ou de petite abondance*

1. L'hémorragie de grande abondance

- égale ou supérieure à 500ml.

La quantité de sang rejetée est difficile à apprecier;

- Mais le retentissement : apprecier parl'existence:

d'un tableau d'anémie aiguë

de signes de choc hypovolémique

- *EXAMEN CLINIQUE :*

1_Signes fonctionnels :

_LIPOTHYMIE OU SYNCOPE,

_AGITATION, ANGOISSE,VERTIGES,

_SENSATION DE SOIFVIVE,

_POLYPNÉE AVEC « SOIF D'AIR »,

_PALPITATIONS,

_TROUBLES SENSORIELS : BOURDONNEMENTS D'OREILLES ET TROUBLESVISUELS

— *Signes physiques :*

_LE POULS ACCÉLÉRÉ: petit, filant, parfois imperceptible;

_TENSION ARTÉRIELLE:basse : chute de la maxima avec pincement de la différentielle , une maxima inférieure à 8 est un signe de gravité;

_ REFROIDISSEMENT DES EXTRÉMITÉS

_SUEURS FROIDES;

_PÂLEUR CUTANÉO-MUQUEUSE;

_BRUITS DU CŒUR ASSOURDIS, RAPIDES,

_VEINES PÉRIPHÉRIQUES COLLABÉES(impossible de piquer le malade)

_ OLIGURIE.

— *Signes biologiques :*

- FNS *:*

  taux d'hématocrite,

  taux d'hémoglobine

  numération des GR

normaux au debut(la perte de GR est proportionnelle à la perte de plasma,

secondairement: une hémodilution avec apparition d'une anémie.

- *LA MESURE DE LA MASSE SANGUINE : capable* d'apprécier la perte sanguine on utilise l'albumine marquée à l'iode 131 qui permet de mesurer le volume plasmatique et de calculer à l'aide du taux d'hématocrite le volume sanguin total ou masse sanguine.

— *Critères évolutifs : la quantité de sang transfusée au malade (sup a* 1,5 litre par 24/H: un critère d'hémorragie de grande abondance.

2. L'HÉMORRAGIE, DE MOYENNE ABONDANCE

- *UNE HÉMORRAGIE dont la* quantité est inférieure à un litre, en moyenne 300 à 400 ml:

  Si elle est isolée, elle n'aura pas de retentissement,

  par contre, si elle se répète, elle entraînera une anémie d'apparition rapide,

  ne nécessite pas de transfusion abondante.

3. *HÉMORRAGIE DE PETITE ABONDANCE*

- *peut être isolée sans retentissement,*

  au contraire si elle se répète, aboutit à un état d'anémie chronique

5. LES CAUSES DES HÉMORRAGIES

1. *L'HÉMATÉMÈSE + MÉLÉNA :origine sus-mésocolique,*

Étiologies: les plus fréquentes:

l'ulcère gastro-duodénal

la rupture de varices oesophagiennes.

— *L'ulcère gastro-duodénal : recherché par :*

douleur épigastrique caractéristique ,

prise médicamenteuse comme facteur *déclenchant : salicylés, anti-inflammatoires et anticoagulants*.

L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE : FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE: le diagnostic .

— *La rupture de varices oesophagiennes : d'hypertension portale,*

associant :une splénomégalie, une ascite et une circulation veineuse collatérale abdominale.

LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE: le diagnostic.

— *Les autres causes : GASTRITE, TUMEURS MALIGNES*

2. LE MÉLÉNA ISOLÉ :

svt d'origine susmésocolique,

UN ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL ,

UNE RUPTURE DES VARICES OESOPHAGIENNES

LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE: diagnostic

parfois : origine sous-méso-colique :

rechercher :

— une cause colique : TUMEURS BÉNIGNES OU MALIGNES

LE LAVEMENT BARYTE ET LA COLOSCOPIE : diagnostic

— une cause grêlique: TUMEUR BÉNIGNE OU MALIGNE

LE TRANSIT DU GRÊLE:diagnostic

— Cas particulier : un contexte fébrile: complications hémorragiques intestinales DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

3. *LA RECTORRAGIE :* *toujours d'origine basse : CÔLON, RECTUM, ANUS.*

L'interrogatoire:

une notion du trouble du transit : diarrhée ou constipation :

l'examen physique:

examen de la marge anale

TOUCHER RECTAL

les examens complémentaires: la cause du saignement

- *Une cause anale :* *HÉMORROÏDES* *surtout:* L'ANUSCOPIE:daignostic
- *Une cause rectale : ULCÉRATION TRAUMATIQUE THERMOMÉTRIQUE, CANCER DU RECTUM, POLYPE,* RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE. LA RECTOSCOPIE:diagnostic
- *Une cause colique : CANCER DU CÔLON, POLYPE, RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE* :LE LAVEMENT BARYTE ET COLOSCOPIE

6. LES DOULEURS ABDOMINALES

Motif de consultation frqt:

souvent d'origine abdominales,

douleur rapportée; d'origine métabolique ou neurologique ;organe extra abdominale.

1. L'analyse sémiologique de la douleur abdominale repose:

SUR *L'INTERROGATOIRE ET* L'EXAMEN CLINIQUE *:* étape essentielle(orientation et permet de choisir LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES nécessaires au diagnostic .

1.1. *L'INTERROGATOIRE: les caractères de la douleur :*

— *Le siège : localisée à l'un des neuf quadrants de l'abdomen*

épigastre, hypocondres, flancs, fosses iliaques, région péri-ombilicale et région hypogastrique.

si diffuse:le malade précise avec le doigt le point le plus douloureux.

__ les irradiations: ascendante, descendante, postérieure ou suivant le cadre colique.

TYPE:

_*Crampe* : *une sensation de torsion profonde, peut être calmée par l'ingestion* alimentaire réalisant « la faim douloureuse » de l'ulcère.

_ *Brûlure* : *comparée souvent par le malade à des « aigreurs », associee a un* PYROSIS :remontée de liquide acide dans la bouche avec sensation de brûlure oesophagienne.

_ *Colique* : *une sensation d'ondes douloureuses croissantes et décroissantes, donnant au* malade l'impression d'aller d'un point à un autre ;prend naissance au niveau de l'intestin, des voies biliaires ou des voies urinaires.

_ *Douleur déchirante* : *en coup de poignard, évoque la perforation d'un organe creux.*

_ *Pesanteur* : *c'est une sensation de lourdeur; sensation fausse de* retard à l'évacuation gastrique.

_ *Douleur battante* : *siege épigastrique, provenant des battements de l'aorte* abdominale ressentis comme une douleur

L'INTENSITÉ :

Un caractère subjectif: varie avec chaque individu.

Une douleur est très intense, lorsqu'elle a un retentissement détectable objectivement (pâleur, agitation…)

EVOLUTION:

L'interrogatoire :

- *Dans la journée :la notion de rythmicité : douleur rythmée par les repas :*

- post-prandiale précoce : survenant immédiatement après les repas;
- post-prandiale tardive : survenant à distance des repas.

- *Dans l'année : la notion de périodicité : la douleur survient par poussées durant*

plusieurs jours, se répète quotidiennement, séparées par des périodes de rémission complète.

_ permanente ou paroxystique :

douleur intense à début brutal dont la durée va de quelques minutes à quelques heures

FACTEURS DÉCLENCHANTS :

Prise d'aliments: épices, repas gras.

Prise médicamenteuse : aspirine, anti-inflammatoires.

FACTEURS SÉDATIFS :

Prise d'aliments.

Vomissements, émission de selles. Pansements gastriques. Repos.

SIGNES ACCOMPAGNATEURS :

- Troubles digestifs : vomissements, hémorragies digestives, troubles du transit intestinal :diarrhée, constipation.
- Autres signes : fièvre, signes de choc, signes de déshydratation.

1.2. *L'EXAMEN CLINIQUE : centré*

LA PALPATION DE L'ABDOMEN ET LE TOUCHER RECTAL.

- *La palpation de l'abdomen :points douloureux*.

_POINT D*OULEUR ÉPIGASTRIQUE : une douleur qui n'est ni d'origine gastrique, ni* d'origine pancréatique,

c'est un syndrome solaire qui associe des douleurs pulsatiles,

la palpation: objective une zone de battement sensible : battements exagérés de l'aorte abdominale.

_LE POINT DOULOUREUX VÉSICULAIRE :

SIEGE :HYPOCONDRE DROIT

un point douloureux vésiculaire

LA MANOEUVRE DE MURPHY : la palpation appuyée d'un point situé dans l'angle formé par le bord inférieur du foie et la limite externe du muscle grand droit: déclenche une douleur vive inhibant l'inspiration profonde.

_ *LE POINT DOULOUREUX APPENDICULAIRE :*

SIEGE :LA FOSSE ILIAQUE DROITE

une douleur au POINT DE MAC BURNEY situé sur une ligne à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

- *LE TOUCHER RECTAL : normalement indolore, déclenche une douleur au niveau* du cul-de-sac de Douglas(indice d'une irritation péritonéale)

2. **LES DOULEURS ABDOMINALE:** peuvent être

GASTRIQUE,

BILIAIRE,

PANCRÉATIQUE.

INTESTINALE,

PÉRITONÉALE,

VASCULAIRE

PARIÉTALE.

2.1. *Douleurs gastriques*

DOULEUR ULCÉREUSE : ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL.

- *Type : crampe ou une sensation de faim douloureuse.*
- *Siège : épigastrique avec irradiation en barre vers les deux hypocondres, ou* vers l'hypocondre droit, soit dorsale.
- *Horaire : rythmée par les repas, POST-PRANDIALE TARDIVE :*

ULCÈRE DE L'ESTOMAC :1 H 30 APRÈS LES REPAS;

ULCÈRE DUODÉNAL : 4 HEURES APRÈS LES REPAS.

- *Evolution : périodique dans l'année.*
- *Agents sédatifs : prise d'aliments, repos et pansements gastriques.*
- *Signes accompagnateurs : constipation, vomissements et hémorragies digestives :*

HÉMATÉMÈSE ET MÉLÉNA.

- *Examen complémentaire : LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE*.
-

COMPLICATION DE L'ULCÈRE:PERFORATION;urgence abdominale

- *Type : douleur déchirante en coup de poignard, inhibant la respiration profonde.*
- *Siège : épigastrique au début, puis diffuse à tout l'abdomen*

Signes accompagnateurs : vomissements et signes de choc :
pâleur, sueurs, refroidissement des extrémités et pouls rapide.

- *L'examen clinique , trois signes :*
- la contracture abdominale;
- la disparition de la matité hépatique;
- la douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas au toucher rectal.
- LA RADIO DE L'ABDOMEN SANS PRÉPARATION(ASP): le croissant gazeux inter-hépatico-diaphragmatique en rapport avec le pneumo-péritoine pathognomonique de la perforation.

- *DOULEUR DE LA GASTRITE :*

Siège : épigastrique, n'irradiant pas.

Type : brûlure, accompagnée de pyrosis .

Horaire : rythmée par les repas, POST-PRANDIALE PRÉCOCE.

Evolution : n'est pas périodique.

Facteurs de sédation : pansements gastriques.

Facteurs déclenchants : les repas.

Examen complémentaire : LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE .

- *DOULEURS DU CANCER GASTRIQUE :*

  atypique: (douleur ulcéreuse ou irrégulier non influencée par les repas; elle n'est pas périodique).

INTÉRÊT MAJEUR DE LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE devant tout syndrome douloureux épigastrique

DOULEUR PANCRÉATIQUE :DE LA PANCRÉATITE AIGUË

- *Type : crampe ou broiement à début brutal, la douleur est intense, intolérable,* transfixiante.
- *Siège : épigastrique avec irradiation sous-costale gauche, lombo-thoracique et scapulaire* gauche.
- *Evolution : prolongée de plusieurs heures à plusieurs jours sans accalmie, elle reste à son* intensité maxima.
- *Facteurs sédatifs : diminuée par la position penchée en avant et par la compression de* l'épigastre avec le poing.
- *Signes accompagnateurs : vomissements, état de choc.*
- *Examen complémentaire : ASP , HYPER LIPASEMIE, HYPER AMYLASÉMIE ET HYPE RAMYLASURIE, TDM ABDOMINAL*

DOULEUR BILIAIRE : LITHIASE DES VOIES BILIAIRES :VÉSICULE OU CHOLÉDOQUE.

- *DOULEUR VÉSICULAIRE :*
- *Type : la crise de colique hépatique : douleur de type paroxystique à début brutal,* très intense avec inhibition respiratoire appelée aussi « colique pathétique ».
- *Siège : hypocondre droit , irradiation postérieure vers la pointe de l'omoplate droite et* antérieure vers l'épaule droite : la classique douleur en bretelle.
- *Facteur déclenchant: les repas gras.*
- *Signes accompagnateurs : nausée, vomissement et parfois fièvre.*
- L'*examen clinique : point douloureux vésiculaire avec manoeuvre de* Murphy positive.
- *Examens complémentaires :* l'échotomographie abdominale, *cholécystographie*

DOULEUR CHOLÉDOCIENNE : mêmes caractères que la douleur vésiculaire.

+ DE LA FIÈVRE

+ ICTÈRE;

SYNDROME CHOLÉDOCIEN

Examen complémentaire :

ÉCHOTOMOGRAPHIE ABDOMINALE

CPRE

ECHOENDOSCOPIE

BILI IRM

DOULEURS INTESTINALES :

- *DOULEUR COLIQUE :*
- *Type : colique.*
- *Siège : localisée ou suivant le trajet du cadre colique irradiant vers les lombes.*
- *Horaire : nocturne, vers 3 à 4 heures du matin.*
- *Facteurs sédatifs : émission de selles et de gaz.*

Douleur de l'occlusion intestinale aiguë /un aspect particulier:

douleur colique très intense :

\+ vomissement

\+ *un signe majeur : L'ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ.*

L'examen clinique :un météorisme abdominal.

ASP : des niveaux hydro-aériques

- *DOULEUR DU GRÊLE :un aspect particulier*

  LE SYNDROME DE KOENIG :

- *Type : crise douloureuse paroxystique à type de coliques se prolongeant 30 minutes à 2* heures, se terminant brusquement par l'émission de gaz et parfois de matières et une sensation de gargouillements.
- *Siège : para-ombilical et hypogastrique fixe pour un même malade.*
- *Horaire : post-prandiale plus ou moins tardive.*
- *Signes accompagnateurs : gonflement abdominal localisé, nausées ou vomissements à* l'acmé de la douleur.

Ce syndrome témoigne d'une obstruction incomplète du grêle

- *DOULEUR APPENDICULAIRE : caractéristique de l'appendicite aiguë (une* inflammation aiguë de l'appendice).

Siège: la fosse iliaque droite,

signes accompagnateurs: NAUSÉES et/ou VMS

trouble du transit intestinal : de CONSTIPATION

FIEVRE.

L'examen clinique/ quatre signes cardinaux :

- Une hyperesthésie cutanée.
- Une défense pariétale localisée.
- Une douleur provoquée au point de Mac Burney (point appendiculaire),
  - Une douleur au cul de sac de Douglas au toucher rectal.

L'hémogramme montre une hyperleucocytoseavec polynucléose neutrophile

. DOULEUR PÉRITONÉALE : une irritation du péritoine réalisant

péritonite aiguë qui est secondaire:

à la perforation d'un organe creux,

à une affection de voisinage : appendicite.

une douleur: _d'intensité variable(la nature de l'épanchement intra-péritonéal et de la rapidité de son apparition)

permanente, localisée , puis diffuse à tout l'abdomen .

_ augmentée par la toux, l'éternuement, la palpation et la défécation importants :

- Une contracture abdominale, invincible, généralisée.
- Une douleur au cul de sac de Douglas au toucher rectal.

DOULEUR VASCULAIRE*LAIRE* : *en cas D'INFARCTUS MÉSENTÉRIQUE*,

occlusion artérielle aiguë

athérosclérose mésentérique

diminution de calibre de l'artère et responsable de « l'angor abdominal ».

—*ANGOR ABDOMINAL* : *une crampe péri-ombilicale et épigastrique*, post-prandiale précoce, disparaissant avec le jeûne.

—ANGOR DE L'INFARCTUS MESENTERIQUE:

une douleur atroce, angoissante, permanente,

diffuse à tout l'abdomen, irradiant dans les lombes,

+ signes de choc : pouls filant, hypotension artérielle, pâleur et refroidissement des extrémités.

DOULEUR PARIÉTALE : symptôme D'UN HÉMATOME DES GRANDS DROiTS r au cours DES SYNDROMES HÉMORRAGIQUES ou complication hémorragique D'UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT.

La douleur siège le plus souvent dans la moitié inférieure de l'abdomen, elle est permanente, augmentée par les mouvements et la pression

LES DOULEURS RAPPORTÉES : douleurs abdominales dont la cause est extraabdominale,

thoracique, génitale ou vertébrale.

1. *Origine thoracique :*

— Cardiaque : INFARCTUS DU MYOCARDE OU PÉRICARDITE.

— Pulmonaire : PNEUMONIE, ÉPANCHEMENT PLEURAL LIQUIDIEN OU AÉRIEN.

— OEsophagienne.

2. *Origine génitale :* une douleur abdominale irradiant vers les lombes ou le sacrum.

3. *Origine vertébrale : la douleur abdominale aura les caractères d'une douleur*

radiculaire : augmentée par la toux, l'éternuement et toutes les manoeuvres entraînant une augmentation de la pression du LCR

AUTRES DOULEURS

1. *Douleur abdominale d'origine métabolique :*
   au cours du DIABÈTE SUCRÉ,
   DU SATURNISME: classique « colique de plomb ».
2. *Douleur abdominale d'origine neurologique :*

— ÉPILEPSIE.

— PSYCHIQUE : surtout chez l'adolescent et la femme : douleur abdominale traduisant un trouble psychologique